

**2022 Triple-S Directo**

**Endoso Dental Ampliado DI05**



SIEMPRE CONTIGO  
**DONDEQUIERA**

**TRIPLE-S SALUD**   
BlueCross BlueShield of Puerto Rico

Una gran red. Una gran vida.

**TRIPLE-S SALUD, INC.**  
(que en adelante se denominará como Triple-S Salud)  
**1441 Ave. Roosevelt, San Juan, Puerto Rico**  
Concesionario Independiente de la *Blue Cross and Blue Shield Association*

***Endoso Dental***  
**Planes Individuales Metales**

Este endoso forma parte de la póliza a la cual se adhiere y se emite en consideración al pago de una prima adicional correspondiente y por adelantado. El mismo está sujeto a los términos y condiciones de la póliza que no estén en conflicto con los términos y condiciones de este endoso y se emite de conformidad con las políticas de pago establecidas por Triple-S Salud.

Este documento le ayuda a conocer los beneficios que le provee este endoso dental para usted y sus dependientes elegibles.

Le exhortamos a que se familiarice con este documento y lo mantenga a su alcance para referencia y a que consulte con su dentista las políticas establecidas por Triple-S Salud para los servicios cubiertos.

Firmada a nombre de Triple-S Salud por su Presidente.

  
Juan R. Serrano  
Director de Estrategia y Presidente

Conserve este documento en un lugar seguro para que pueda referirse a los beneficios descritos en este endoso que son parte de su Plan de Salud.

## TABLA DE CONTENIDO

DEFINICIONES	3
SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS	4
A. SERVICIOS DIAGNÓSTICOS, PREVENTIVOS Y RESTAURATIVOS	4
B. SERVICIOS DE ENDODONCIA	4
C. SERVICIOS DE PERIODONCIA	4
D. SERVICIOS DE PRÓTESIS	5
E. SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL	5
F. SERVICIOS GENERALES ADJUNTOS	5
LIMITACIONES	5
PREDETERMINACIÓN DE SERVICIOS	7
INDEMNIZACIÓN A LA PERSONA ASEGURADA	8
ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL	8
RESUMEN DE COASEGUROS	9

## DEFINICIONES

1. **BENEFICIO MÁXIMO:** Cantidad máxima de beneficios a pagarse de por vida, o por año póliza.
2. **DENTISTA:** Odontólogo legalmente autorizado a practicar la profesión de dentista.
3. **DENTISTA NO PARTICIPANTE:** Dentista con licencia regular que no haya firmado contrato con Triple-S Salud para prestar servicios dentales.
4. **DENTISTA PARTICIPANTE:** Dentista con licencia regular expedida por la entidad gubernamental designada para estos propósitos y miembro *bonafide* del Colegio de Cirujanos Dentistas de Puerto Rico, que haya firmado contrato con Triple-S Salud para prestar servicios dentales.
5. **COASEGURO:** Por ciento de los honorarios establecidos que paga la persona asegurada directamente al dentista al momento de recibir los servicios, de acuerdo al Resumen de Coaseguros que se presenta al final de este endoso.
6. **ESCALA DE HONORARIOS:** Aquellos honorarios establecidos por Triple-S Salud para los servicios cubiertos por este endoso. Tanto el dentista participante como la persona asegurada se comprometen a aceptar estos honorarios como pago total por cada servicio cubierto en el endoso dental. Estos honorarios están sujetos a los términos y condiciones especificadas en este endoso.
7. **PERIODONCIA:** Rama de la odontología relacionada con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las encías y otros tejidos que forman parte del soporte de los dientes.
8. **PLAN DE TRATAMIENTO:** Informe detallado de los procedimientos recomendados por el dentista para el tratamiento de las necesidades dentales de la persona asegurada, encontradas en el examen realizado por el mismo dentista.
9. **PREDETERMINACIÓN DE SERVICIOS:** Evaluación del plan de tratamiento sugerido por el dentista antes de la prestación de los servicios, para determinar los gastos que Triple-S Salud cubre.

## **SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS**

La cubierta dental de Triple-S Salud está diseñada para suplementar su cubierta dental básica. Refiérase a las secciones de limitaciones y exclusiones que prevalecen sobre los beneficios descritos en esta sección. Los beneficios que se cubren están sujetos a las políticas de pago establecidas por Triple-S Salud. Le exhortamos a que antes de recibir un servicio se oriente con su dentista para las reglas y limitaciones que aplican, según el Manual del Dentista Participante.

### **A. SERVICIOS DIAGNÓSTICOS, PREVENTIVOS Y RESTAURATIVOS**

1. Imagen radiográfica panorámica o serie completa de radiografías (*fullmouth*)
2. Imágenes radiográficas oclusales
3. Prueba de vitalidad
4. Evaluación comprehensiva periodontal
5. Mantenedores de espacio fijos
6. Recementación mantenedores de espacio, *inlays*, coronas, poste y muñón
7. Construcción de poste y muñón
8. Restauraciones en amalgama (platicaciones) y resina compuesta en dientes anteriores y posteriores
9. Sellantes de fisura en dientes posteriores permanentes
10. Corona de acero inoxidable en dientes deciduos
11. Corona provisional
12. Restauración protectora (sedativa)
13. Reparación de coronas

### **B. SERVICIOS DE ENDODONCIA**

1. Recubrimiento pulpar directo e indirecto
2. Apicoectomía anterior, bicúspide y molar
3. Apexificación
4. Tratamiento de canal y retratamiento a dientes anteriores, bicúspides y molares
5. Pulpotomía

### **C. SERVICIOS DE PERIODONCIA**

1. Mantenimiento periodontal
2. Alisado radicular
3. Gingivectomía

4. Cirugía ósea
5. Injerto de hueso
6. Férula provisional extracoronal (*provisional splinting*)
7. Detartraje, presencia de inflamación de moderada a severa

Los gastos por servicios de periodoncia están cubiertos en conformidad con las tarifas establecidas para tales propósitos y requieren predeterminación.

#### **D. SERVICIOS DE PRÓTESIS**

1. Dentaduras completas y parciales
2. Coronas individuales para dientes permanentes
3. Puentes fijos
4. Recementación de coronas y puentes fijos
5. Ajustes y reparaciones de coronas, puentes fijos, dentaduras completas y parciales removibles incluyendo rebasado/reline

#### **E. SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL**

1. Extracciones sencillas y quirúrgicas
2. Excisión gingiva pericoronar
3. Alveoloplastia
4. Remoción de exostosis
5. Frenulectomía

#### **F. SERVICIOS GENERALES ADJUNTOS**

1. Servicios dentales ofrecidos en un hospital o centro de cirugía ambulatoria (*hospital call*)
2. Aplicación de medicamento desensibilizante
3. Ajuste oclusal

### **LIMITACIONES**

#### **A. SERVICIOS DIAGNÓSTICOS, PREVENTIVOS Y RESTAURATIVOS**

1. La serie completa de imágenes radiográficas o la imagen radiográfica panorámica se cubren no más de una cada tres (3) años póliza, por persona asegurada, y estas son mutuamente excluyentes una de la otra.

2. Los sellantes de fisura se cubren para menores de 14 años uno de por vida, por diente, en dientes posteriores permanentes y no obturados en el oclusal.
3. Las restauraciones en amalgama (platificaciones) y de resina compuesta están cubiertas una (1) cada dos (2) años por diente y superficie.
4. Mantenedores de espacio fijos, se cubren para menores de 14 años, uno por cuadrante o arco, de por vida.
5. La evaluación comprehensiva periodontal se considerará para pago una (1) por persona asegurada por Periodoncista/Oficina de la misma especialidad. Puede repetirse luego de haber transcurrido 3 años desde la última evaluación periodontal comprensiva o periódica.

## **B. SERVICIOS DE ENDODONCIA**

Las apicoectomías, tratamientos y retratamientos de canales se cubren una de por vida, por diente.

## **C. SERVICIOS DE PERIODONCIA**

1. Los servicios de periodoncia requieren predeterminación de Triple-S Salud.
2. El mantenimiento periodontal se cubre uno cada seis (6) meses después de haber concluido la terapia activa.
3. El alisado radicular se cubre un servicio por cuadrante cada dos (2) años.
4. El detartraje se cubre una vez al año siempre que haya transcurrido por lo menos 12 meses desde el último mantenimiento periodontal o profilaxis dental (D1110).
5. La ferulización provisional extracoronal está cubierta hasta uno (1) por cuadrante cada tres (3) años.
6. Gingivoplastia y gingivectomía, hasta uno (1) de los dos servicios por cuadrante cada 3 años.
7. El *flap gingival* incluye el alisado radicular y está cubierto hasta uno (1) por cuadrante, cada 3 años mientras que el *flap posicional apical* se cubre uno por cuadrante, por vida.
8. Cirugía ósea, uno (1) por cuadrante cada 3 años.
9. Injerto de hueso, uno (1) por diente por vida y la membrana de tejido, uno (1) por cuadrante cada 3 años

10. Injerto de tejido libre, uno (1) por diente por vida

#### **D. SERVICIOS DE PRÓTESIS**

1. Coronas y puentes fijos están cubiertos uno (1) cada 5 años, por diente o área, sujetos a la predeterminación de servicios de Triple-S Salud. Para cubrir un puente fijo se requiere que estén presentes dientes naturales a ambos extremos del área desdentada.
2. Las dentaduras completas y removibles están limitadas a una (1) cada 5 años.

#### **E. CIRUGÍA ORAL**

1. La remoción del toro palatino se cubre uno (1) por arco maxilar cada 5 años
2. La remoción de exostosis lateral y la remoción de toro mandibular se cubren uno (1) por cuadrante cada 5 años.

#### **F. SERVICIOS GENERALES ADJUNTOS**

El servicio de *hospital call*, esta cubierto uno cada 6 meses por asegurado para servicios dentales que se realicen en sala de operaciones bajo anestesia general en hospital o en un centro de cirugía ambulatoria donde la condición de salud y circunstancias del paciente no permita realizar los servicios en la oficina dental y que la anestesia general se considere como última alternativa.

#### **PREDETERMINACIÓN DE SERVICIOS**

Cuando la persona asegurada utilice los servicios de dentistas participantes, éstos se encargarán de solicitar la predeterminación a Triple-S Salud para aquellos servicios que la requieran antes de prestar los mismos.

## **INDEMNIZACIÓN A LA PERSONA ASEGURADA**

Si la persona asegurada recibe servicios cubiertos de un cirujano-dentista no participante en Puerto Rico o servicios fuera de Puerto Rico, Triple-S Salud reembolsará a la persona asegurada la cantidad que resulte menor entre el gasto incurrido y lo que se hubiese pagado a un proveedor participante en Puerto Rico por el mismo servicio, de acuerdo a las tarifas establecidas por Triple-S Salud, luego de descontar los coaseguros aplicables. Estos servicios están sujetos a los límites establecidos en este endoso.

## **EXCLUSIONES**

Triple-S Salud no paga por los siguientes gastos o servicios, excepto que se disponga lo contrario:

1. Todo servicio no incluido como servicio cubierto en la descripción de esta cubierta
2. Tratamientos de endodoncia en dientes primarios (deciduos)
3. Retratamiento de canal en casos de endodoncias contaminadas como consecuencia de que la persona asegurada no asistió a restaurarse debidamente el diente.
4. Servicios de ortodoncia
5. Implantes dentales y todos los servicios relacionados, excepto las coronas sobre implantes cuando estén presentes dientes naturales a ambos extremos del área desdentada haciendo viable un puente fijo convencional.
6. Coronas permanentes en dientes primarios (deciduos)
7. Servicios con fines estéticos o cosméticos

## **ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL**

El asegurado principal y sus dependientes directos asegurados en la póliza, mayores de sesenta y cinco (65) años, pueden suscribirse a los beneficios de esta cubierta dental. La elegibilidad de los dependientes opcionales, si aplica, cesa al cumplir sesenta y cinco (65) años de edad.

## RESUMEN DE COASEGUROS

BENEFICIO	COASEGURO
SERVICIOS DIAGNÓSTICOS, PREVENTIVOS Y RESTAURATIVOS	0%
SERVICIOS DE ENDODONCIA	30%
SERVICIOS DE PERIODONCIA	30%
SERVICIOS DE PRÓTESIS	50%
SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL	30%
SERVICIOS GENERALES ADJUNTOS	0%

**Esta cubierta tiene un beneficio máximo de \$1,000 por persona, por año póliza para todos los servicios cubiertos, excepto para los servicios diagnósticos y preventivos**

**787.774.6070**

**787.792.1370**

TTY (audioimpedidos)

---

Lunes a viernes 7:30 a.m. a 8:00 p.m.

Sábados 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

Domingos 11:00 a.m. a 5:00 p.m.

**[www.ssspr.com](http://www.ssspr.com)**